



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LAS
MADRES SOBRE EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO
PREMATURO AL ALTA - UNIDAD DE NEONATOLOGÍA
HOSPITAL DE APOYO 2-II SULLANA 2015.”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL**

AUTORES

Lic. FIESTAS ORDOÑEZ, SHEYLLA

Lic. FLORES ALBERCA, MARÍA CONCEPCIÓN

Mg. Sp. GONZALES GARRIDO, DETSY ELIZABETH

ASESORA

Dra. CLARIVEL DE FÁTIMA DÍAZ OLANO.

PIURA – PERÚ

2017

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LAS
MADRES SOBRE EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO
PREMATURO AL ALTA - UNIDAD DE NEONATOLOGÍA
HOSPITAL DE APOYO 2-II SULLANA 2015.”**

PRESENTADO POR:

Lic. Fiestas Ordoñez, Sheylla
Autora

Lic. Flores Alberca, María Concepción
Autora

Mg Gonzales Garrido, Detsy Elizabeth
Autora

Dra. Clarivel de Fátima Diaz Olano
Asesora

APROBADO POR:

Dra. TANIA ROBERTA MURO CARRASCO
PRESIDENTA

Dra. EFIGENIA ROSALÍA SANTA CRUZ REVILLA
Secretaria

Mg. MARÍA ISABEL ROMERO SIPIÓN
vocal

DEDICATORIA

Esta investigación se la dedicamos a
Dios, por cuidarnos y bendecirnos
siempre; y a nuestras familias que nos
llenar de amor día a día.

A mi madre, hermanas e hijo por el
apoyo brindado en todas las etapas de mi
vida, especialmente en esta etapa de
superación profesional.

A mi madre, Pilar. Por tu bondad y
sacrificio me inspiraste a ser mejor.

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por guiarnos cada uno de nuestros pasos,
guiándonos siempre para ser mejores
personas y a nuestras familias por
apoyarnos siempre.

A nuestra Asesora Dra. Clarivel de Fátima Díaz Olano,

Quién con sus conocimientos y apoyo
supo guiar el desarrollo de la presente
tesis desde el inicio hasta su
culminación, por estar siempre
disponible para escuchar y resolver
nuestras dudas.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

SUMMARY

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN 17

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO..... 19

2.1. Antecedentes..... 20

2.2. Base Teórica-Conceptual 22

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO 43

3.1. Tipo de Investigación..... 44

3.2. Diseño Metodológico: descriptivo, transversal, correlacional 44

3.3. Análisis de datos. 51

3.4. Rigor Científico 52

3.5. Principios Éticos 53

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN 55

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 72

5.1. Conclusiones..... 73

5.2. Recomendaciones. 75

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 77

ANEXOS 84

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el propósito de Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las actitudes de las madres sobre el cuidado del Recién nacido prematuro al alta de la Unidad de Neonatología del Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015. Tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las actitudes en las dimensiones lactancia materna, termoregulación, higiene, descanso y sueño y signos de alarma en las madres sobre el cuidado del Recién nacido prematuro al alta, es una investigación descriptiva, correlacional, porque describe la relación entre las variables identificadas en esta investigación. La muestra de estudio fueron 25 madres con hijos prematuros según criterios de inclusión y exclusión establecidos; las variables a investigar fue el nivel de conocimiento y la actitud de la madre del prematuro al alta, los instrumentos que se utilizaron cuestionario y Escala de Likert, la validez y confiabilidad de los instrumentos se sometieron al juicio de expertos, una prueba piloto y medidas estadísticas de Alfa de Cronbach, previo consentimiento informado se aplicaron los instrumentos con la técnica encuesta, para determinar el coeficiente de correlación se utilizó el Karl Pearson. El nivel de conocimiento: 84% es medio y el 16% es alto, mientras el 72% tiene actitud positiva y el 28% actitud media. Existe correlación positiva moderada con un valor de 0,534 entre el nivel de conocimiento de las madres sobre el cuidado del recién nacido prematuro y las actitudes que toman.

PALABRAS CLAVES: Nivel de conocimientos, actitud materna, prematuro, cuidados.

SUMMARY

The present investigation was carried out with the purpose of determining the relationship between the level of knowledge and the attitudes of the mothers about the care of the premature newborn to the neonatal unit of the Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015. as a goal to determine the relationship between knowledge level and attitudes in breastfeeding, thermoregulation, hygiene, rest and sleep dimensions and signs of alarm in mothers about the care of premature newborn at discharge, is a descriptive research, correlational, because it describes the relationship between the variables identified in this research. The sample of study were 25 mothers with preterm children according to established inclusion and exclusion criteria; the variables to be investigated was the level of knowledge and the attitude of the mother from the premature to the high, the instruments that were used questionnaire and Likert Scale, the validity and reliability of the instruments were subjected to expert judgment, a pilot test and measures Alpha statistics of Cronbach, prior informed consent were applied instruments with the survey technique, to determine the coefficient of correlation was used Karl Pearson. The level of knowledge: 84% is medium and 16% is high, while 72% have a positive attitude and 28% average attitude. There is a moderate positive correlation with a value of 0.534 between the level of knowledge of the mothers about the care of the preterm newborn and the attitudes they take.

KEY WORDS: Level of knowledge, maternal attitude, premature, care.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

El recién nacido prematuro (RNPT) es el que nace antes de la trigésima séptima semana de gestación (37 semanas) por causas multifactoriales entre ellas la toxemia severa y moderada, enfermedades renales y sistémicas (cardíacas y/o endocrinas)¹.

Anualmente nacen aproximadamente 20 millones de bebés de bajo peso al nacer, eleva la tasa de mortalidad y morbilidad neonatal es 75 %, que se produce durante la primera semana de vida, sus causas son el bajo peso al nacer, asfixia, nacimientos prematuros, traumatismo en el parto. A nivel internacional la tasa de mortalidad neonatal representa el 4.3 millones y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida².

En el Perú 20 mil fallecen en el primer año y 8 mil la primera semana de vida. El 78 % de las muertes neonatales precoces está asociada con los recién nacidos de bajo peso y prematuros³.

La prematuridad en el recién nacido de bajo peso es el indicador más importante de la mortalidad infantil está asociada al riesgo de morbilidad, mortalidad y secuelas neurológicas⁴.

Las principales causas de muerte neonatal son prematuridad e inmadurez (29%), infecciones (20%) y asfixia (16%), estas causas están relacionadas con determinantes y morbilidad que afecta a la madre durante la gestación y en el momento del parto⁵.

Es indispensable mantener un enfoque perinatal para continuar reduciendo la mortalidad neonatal y consolidar el logro del Cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio.

Dentro de las primeras diez causas de morbilidad en neonatos por consulta externa del Hospital de Sullana en año 2013 encontramos a la ictericia neonatal no especificada (26.08%), recién nacidos prematuros (22.63%), y en tercer lugar tenemos afección respiratoria no especificada de recién nacido (10.02 %). En el año 2014 tenemos a recién nacidos prematuros (46.81%) ictericia neonatal no especificada (12.25%) recién nacido con peso extremadamente bajo al nacer (10%), y lo q va para el primer trimestre del año 2015 tenemos a recién nacidos prematuros (49.70%) ictericia neonatal no especificada (14.37%) afección respiratoria no especificada de recién nacido (5.99 %), se observa que los recién nacidos prematuros aumentan cada año⁶.

En el recién nacido extremadamente prematuro (menos de 1000 gr), tiene 600 veces más posibilidades de morir generando una estancia prolongada de hospitalización hasta lograr un peso adecuado de 1800. Para salir de alta creándose un problema social de adaptación con su familia³.

La mortalidad a pesar de los avances tecnológicos sigue siendo alta y existe grandes diferencias dependiendo de la región y condiciones con que se cuenten para su atención. En nuestro país la prematuridad, es una de la tres primeras causas de mortalidad de los recién nacidos, junto con la asfixia al nacer y las infecciones⁴.

El Hospital de Apoyo II Sullana, es un hospital referencial, la unidad de neonatología cuenta con servicio de cuidados intermedios y unidad de cuidados intensivos neonatales, dispone de 13 incubadoras y dos ambientes de mamá canguro con 8 camas, se atiende un promedio de 350 partos mensuales, 25 de ellos son recién nacidos prematuros, siendo este grupo etéreo el más vulnerable a complicaciones, debido a su inmadurez el prematuro presenta un elevado riesgo de morbilidad y mortalidad durante sus primeros años y potencialmente durante toda su vida, es ahí donde los padres especialmente la madre desempeña una función muy importante que es el de brindarle cuidados especiales a su recién nacido prematuro.

La dedicación del personal de enfermería se centra en el área asistencial a restablecer la salud del neonato, donde la función educadora se ve afectada por la demanda de recién nacidos hospitalizados, en el servicio de neonatología el personal de enfermería es de una enfermera por turno, la cual tiene que atender 23 recién nacidos de grado II-III siendo uno de los factores que limita la función educadora que conduzcan a la modificación y/o aprendizaje de conductas favorables a la salud de la familia.

Se ha evidenciado que al cabo de dos o tres semanas después del alta el 40% de estos recién nacidos prematuros reingresan a la unidad de neonatología con patologías agregadas como problemas respiratorios deshidratación, infecciones, anemias, problemas gastrointestinales, etc.

Se observa que algunos padres permanecen en el hospital y otros solo en los horarios de visita, al ver al recién nacido con diferentes sensores en la unidad de neonatología manifiestan interrogantes en relación al estado de salud del bebe incluso algunos de ellos les da miedo acariciar al momento de la visita. En los ambientes de mamá canguro las madres permanecen con su bebe, si está en condiciones para hacerlo.

Para el cuidado del recién nacido, en la alimentación del prematuro menor de 34 semanas no hay desarrollo de la coordinación en los reflejos de succión y deglución por lo que se utiliza sonda, se observa a la madre que se extrae la leche, menciona algunos aspectos de importancia de la lactancia materna exclusiva, de la técnica de lactancia. Desconoce el manejo del termómetro y los niveles de la temperatura, se realizan controles de temperatura en cada turno, el baño lo realiza el personal asistencial en las habitaciones con la presencia de la madre los cambios de pañal lo realiza la madre e informa las características de las deposiciones y orina, en ocasiones las madres acuden al estar de enfermería informando que su bebe no respira, respira rápido, se encuentra frio, caliente, amarillo, morado, no orina, no deja de llorar, no quiere mamar, vomita, etc.

La madre al alta se enfrenta con la realidad por que ha tenido la oportunidad de poner en práctica lo aprendido en la estancia hospitalaria.

La situación expuesta motivo a las investigadoras a plantearse las siguientes interrogantes de investigación: ¿Qué conocimientos tienen las madres sobre el cuidado del prematuro al alta hospitalaria?, ¿qué actitudes tienen las madres en el

cuidado del recién nacido prematuro, ¿influye el conocimiento y la actitud de las madres en el cuidado del recién nacido prematuro al alta?

Frente a lo expuesto se consideró conveniente formular el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel conocimientos y las actitudes de las madres sobre el cuidado del Recién Nacido Prematuro al alta de la Unidad de Neonatología del Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015?

El objetivo general fue: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las actitudes de las madres sobre el cuidado del Recién nacido prematuro al alta de la unidad de neonatología del Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015. Los objetivos específicos planteados fueron:

1. Determinar la relación entre el nivel de conocimiento en su dimensión Lactancia materna exclusiva y la actitud de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro al alta unidad de neonatología del Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015.

2. Determinar la relación entre el nivel de conocimientos en su dimensión termorregulación y la actitud de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro al alta unidad de neonatología del Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015.

3. Determinar la relación entre el nivel de conocimientos en su dimensión higiene y la actitud de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro al alta, unidad de neonatología del Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015.

4. Determinar la relación entre el nivel de conocimientos en su dimensión descanso y sueño y la actitud de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro al alta, unidad de neonatología del Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015.

5. Determinar la relación entre el nivel de conocimientos en su dimensión signos de alarma y la actitud de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro al alta, unidad de neonatología del Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015.

Este estudio de Investigación se justifica por ser una problemática que actualmente aqueja a la población mundial, Se calcula que nacen al año alrededor de 20 millones de niños con peso menor de 2500 gramos, de los cuales entre un 40% hasta 70% son prematuros, su incidencia aumenta en los últimos años.

Los recién nacidos antes de termino son de alto riesgo por la variedad de complicaciones posteriores al nacimiento, algunos de estos riesgo pueden haber contribuido a que el nacimiento haya sido prematuro, los recién nacidos tienen características anatómicas y fisiológicas diferentes al recién nacido a término, el porcentaje aproximado es de 6% a 8% del total del recién nacido.

Se observa con mucha frecuencia el reingreso de recién nacidos prematuros después de haber sido dado de alta con complicaciones por aspiración, apneas, desnutrición, que podrían asociarse al cuidado que la madre le brinda en casa, muchas de ellas se siente incapaz de cuidar al prematuro por su fragilidad, pues necesita saber cómo atenderlo, dedicar muchas horas de su tiempo, disminuyendo la atención para sus otros hijos y/o esposo.

El nacimiento de un hijo genera en las madres, incertidumbre acerca de sus propias capacidades para ejercer su rol frente a las reacciones normales del neonato en sus etapas de crecimiento, aprendizaje y desarrollo, especialmente si se trata de un recién nacido prematuro.

El personal asistencial realiza el cuidado del prematuro siendo una guía para la madre durante la hospitalización, al alta se enfrenta con la realidad teniendo la oportunidad de poner en práctica lo aprendido en la estancia hospitalaria.

Durante el desarrollo de la labor asistencial en las unidades cuidados intensivos neonatales se pueden experimentar y palpar las diferentes emociones que presentan los padres de los recién nacidos hospitalizados.

El cuidado de enfermería y la participación de los padres, es decisivo para el desarrollo que necesita el pequeño en mejorar su calidad de salud. Los padres necesitan de un soporte emocional y toda información precisa, para que superen los sentimientos emocionales y colaborar con el equipo hospitalario, en la recuperación física y neurológica del bebé. Por lo que se debe permitir el acceso

de los padres a las unidades neonatales, lo que favorece el vínculo entre la familia y el bebé, mejorando la evolución del recién nacido.

No habiendo encontrado en la literatura, trabajos de investigación referentes a la temática de enfermería a investigar, es que consideramos la razón más importante en la motivación para realizar la presente investigación.

Los resultados sirven para delinear un perfil de cuidado para el prematuro en el hogar y tener una relación de complementariedad entre las enfermeras de control de crecimiento y desarrollo de centros de salud y/o consultorios de enfermería en el cuidado del recién nacido las autoridades del Hospital de Apoyo 2-II Sullana, para crear nuevas estrategias, programas educativos y talleres dirigidas a mejorar la participación de los padres con su recién nacido prematuro, a los profesionales de la salud, primordialmente al personal de enfermería que labora en el servicio de neonatología de dicho hospital, sensibilizar y tomar mayor conciencia de la importancia de la comunicación con los padres, incluyendo información y educación, que permitan a las madres asumir el cuidado de su recién nacido, con seguridad y dirigido a la prevención e identificación de riesgos que compliquen su estado de salud, así también servirá como material de consulta para otras investigaciones.

Al Hospital de Apoyo II-2 Sullana permitirá conocer cómo están preparadas las madres, contando con una fuente de información confiable referente a conocimientos que poseen las madres sobre el cuidado básico del prematuro, la población que se cuenta bajo su jurisdicción debe brindarle las mejores

oportunidades de salud como parte de su responsabilidad, de tal manera que los involucrados en la atención de calidad, establezcan estrategias como reforzamiento de esta área con la participación de profesionales, internos y estudiantes de enfermería para la actividad preventiva promocional: educación, consejería, charlas, entrevistas personalizadas, sesiones demostrativa, seguimiento del niño al alta, etc.; que permita a las madres obtener, aplicar y asegurar los conocimientos adecuado en el cuidado de su prematuro, para que estos crezcan sanos y disminuir los reingresos hospitalarios por desconocimiento; medidas que sin duda disminuirán los indicadores de morbilidad y mejorarán sus indicadores de calidad, involucrando a la familia, comunidad, hospitales, etc.; para brindar mejores oportunidades que benefician a la madre, a su hijo/a y familia, y hacer de este importante momento una experiencia gratificante y segura.

De otro lado, consideramos que al construir un importante análisis de conocimientos en esta investigación, servirá de material de consulta e inicio de investigaciones, para estudiantes de enfermería de pre y post grado de las diferentes escuelas y facultades de enfermería a nivel nacional e internacional.

Este informe está estructurado de la siguiente manera:

Capítulo I. Contiene el Análisis del objeto de estudio.

Capítulo II. Contiene Marco teórico : Antecedentes de la investigación, bases filosóficas y conceptuales sobre cuidados del prematuro así como la base legal y el marco contextual donde se realizó el presente.

Capítulo III. Describe el método que hizo posible concretar los objetivos.

Capítulo VI. Resultados y la discusión en base a los objetivos.

Capítulo V. Conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

En la búsqueda de investigaciones relacionadas al tema a nivel local, nacional e internacional a:

Flores H, con la investigación titulada “Conocimientos y prácticas sobre cuidados del recién nacidos que tienen la madres puérperas primíparas de parto eutócico en el servicio de maternidad del hospital de Sullana 2007”, cuyo objetivo determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre los cuidados del recién nacido que tienen las madres puérperas de parto eutócico en el servicio de maternidad de dicho hospital, concluye que el nivel de conocimiento que tienen las madres respecto a los cuidados del recién nacido en alimentación y baño e higiene es medio con un porcentaje 69% y el 52.8% de la curación del muñón umbilical y el nivel de conocimiento es bajo con un 73% de la población⁷.

Delgado L, realizo la investigación, cuantitativa, titulada “Conocimientos de madres primerizas sobre cuidados básicos y signos de alarma del recién nacido. Alojamiento conjunto. Hospital José Cayetano Heredia Piura 2015”, cuyo objetivo fue determinar los conocimientos de madres primerizas hospitalizadas en alojamiento conjunto del hospital José Cayetano Heredia encontrando que el 22.6% se encuentra en escala buena, el 55.6% regular y el 21.8% deficiente, en cuanto a dimensiones el conocimiento

de las madres primerizas sobre cuidados básicos y signos de alarma son regulares⁸.

Vásquez R, realizó la investigación, Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis, 2012 con el objetivo de identificar, el nivel de Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud, encontrando que la mayoría de madres en un 58,3% tuvo nivel de conocimiento bajo, el 50% muestra una actitud medianamente favorable, y el 61.7% realiza practicas adecuadas⁹.

Hualpa S, Huánuco 2016; quien realizó la investigación de tipo prospectivo, transversal, analítico, y observacional, de diseño correlacional “Conocimiento y conductas de cuidados básicos al recién nacido por madres adolescentes, usuarias del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, 2016”, con el objetivo de Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las conductas de cuidados básicos al recién nacido por madres adolescentes, usuarias del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco; 2016. Concluyendo que el conocimiento de nivel medio tiene relación con las actitudes positivas frente al cuidado básico del recién nacido por la madres adolescentes, donde amerita fortalecer las prácticas de cuidado del recién nacido ¹⁰.

Suarez A; Ecuador 2014; quién realizó la Investigación “Educación por parte del personal de Enfermería en el cuidado del recién nacido en

relación con el grado de conocimientos adquiridos por madres primíparas al momento del alta en el servicio de maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga en el período noviembre 2013 – abril 2014”. El objetivo fué evaluar el grado de conocimientos adquiridos por las madres primíparas al momento del alta en relación a la educación que imparte el personal de enfermería en el cuidado del recién nacido. Se encontró que el 58 % de las madres conocían la posición correcta de amamantar, el 99% amamantaba al recién nacido con leche materna, el 76% limpiaban el cordón umbilical en cada cambio de pañal, el 49% de madres desconocía la posición correcta de acostar al recién nacido y solo un 29% del personal de enfermería educa a la madres en el cuidado del recién nacido. En conclusión las madres tenían un grado de conocimientos regular sobre el cuidado del recién nacido¹¹.

Se ha realizado una exhaustiva revisión de antecedentes bibliográficos internacionales, nacionales y locales, no encontrando estudios que se relacionen con la investigación.

2.2. Base Teórica-Conceptual

El objeto de estudio de la investigación es: el nivel de conocimiento y actitudes en las madres sobre el cuidado del recién nacido prematuro al alta de la unidad de Neonatología del Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015, donde trataremos los siguientes temas:

Conocimiento de las madres, se define como datos concretos sobre lo que se basa una persona para decidir lo que debe o puede hacer ante una situación determinada, aunque ello no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona tome conciencia de las razones para adoptar o modificar una determinada conducta⁷.

Es así que el conocimiento es la suma de hechos y principios y se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de la persona. Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y aptitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a menudo que aumenten los conocimientos aunada con la importancia que se le dé a lo aprendido y se lleve a cabo básicamente a través de dos formas:

Conocimiento Ordinario o Informal: Son los conocimientos adquiridos en la vida cotidiana, a través de la experiencia que tiene una persona al realizarse con el mundo durante toda su vida social y que son captados por los sentidos. Este conocimiento se manifiesta a través de un lenguaje simple y natural. Es por este sistema que las personas aprenden sobre su proceso salud – enfermedad y suelen complementarlo a su vez con otros medios: periódicos, volantes relatos y revistas de publicaciones en general^{12, 13}.

Conocimiento Científico o Formal: Son aquellas representaciones verdaderas que pueden ser probadas y contrastadas científicamente por tener una base teórica en libros ya existentes dentro de nuestra vida social. Se manifiesta a través de un lenguaje más complejo. Estos conocimientos son brindados por los centros educacionales donde se organiza como conocimiento científico por tener un plan curricular. Estos conocimientos son a su vez dentro de su programación, programas de carácter cultural o científico brindados por profesionales o especialistas en un tema específico¹².

Otro autor complementa analizando que el conocimiento está constituido por un cuerpo de ideas comunicables, que pueden ser fundadas, ordenadas, coherentes, claras, y precisas o vagas y difusas. En tal sentido contrasta dos tipos de conocimientos: el conocimiento científico y el conocimiento ordinario, el primero caracterizado por ser factico (racional-objetivo), sistémico, metódico y verificable y el segundo limitado a hechos observados, usualmente singulares vagos e inexactos. Refiere además que la ciencia emplea datos empíricos (proposiciones acerca de observaciones o experimentos) y trasciende los hechos para lograr descartar algunos sucesos, producir nuevos y explicarlos en su afán de certificar su autenticidad y su veracidad¹³.

Se considera a la actitud como el vínculo existente entre el conocimiento adquirido y el sentimiento que provoca en el individuo, con la acción que realizará en el presente y futuro. Las actitudes de una persona

están muy determinadas por su sistema de valores. Por lo tanto la actitud es más bien una motivación social antes que una motivación biológica¹¹. La actitud es la predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente.

La actitud que es la disposición mental particular, hacia una práctica planteada puede ser positiva, neutra o negativa. Las actitudes positivas, se manifiesta en predisposiciones efectivas acordes a las circunstancias, las negativas en relación a un desacuerdo con las experiencias y las neutras, con una especie de indiferencia. En la actitud influye las motivaciones, las experiencias pasadas, la voluntad, la inteligencia, las emociones, lo congénito, el ambiente y lo cultural, puesto que somos una unidad bio-psicosocial^{14, 15}.

Dentro de las características de las actitudes tenemos:

- Las actitudes son dirigidas siempre a un objeto o idea particular se forma con relación al estímulo específico.
- Influyen en el comportamiento del sujeto.
- Pueden ser favorables o desfavorables.

Diversos autores como Ainsworth (1969) coinciden en clasificar a las actitudes en tres dimensiones o componentes:

Componente Cognitivo: Consiste en creencias, valores y estereotipos que tiene el individuo acerca de un objeto determinado, sus conocimientos son siempre juicio de valor, entonces implican una valoración positiva o negativa¹⁵.

Componente Emocional: Se refiere a los sentimientos o emociones vinculadas a un determinado objeto que acompaña en mayor o menor grado de actitud, por ejemplo odio – amor, gusto-disgusto, admiración – desprecio¹⁵.

Componente Conductual: Implica toda inclinación de actuar o reaccionar de una manera determinada ante el objeto de dicha actitud¹⁵.

Medición de la Actitud las actitudes como todos los determinantes psicológicos tienen que ser necesariamente indirecta solo pueden ser medidas sobre la base de inferencias que nos permiten deducir las respuestas de un individuo hacia un objeto, sus acciones explícitas, sus afirmaciones verbales, sus sentimientos y la disposición actuar con respecto al objeto. El diferencial semántico es un instrumento de medida, que tiene como propósito de medir las reacciones de las personas a las palabras o a los estímulos que percibe¹⁵.

Las actitudes son factibles de ser medidas mediante la escala de Lickert que implica sumar los resultados de un conjunto de enunciados a los cuales los informantes deben asignar un grado de concordancia o discordancia¹⁵.

Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biopsicosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastante estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular¹⁶.

Es la predisposición atendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto o símbolo¹⁶.

La medición de las actitudes se pueden llevar a cabo por medio de entrevistas, aunque es más eficaz y se obtiene mayor precisión valiéndose de escalas y cuestionarios escritos, tenemos: la escala de ordenación, escala valorativa sumatoria, escala de intensidad, escalas de distancia social, escala de Likert y Diferencial semántico, están constituidas por frases, afirmaciones o proposiciones frente a las cuales los interrogados indican, de un modo y otro, su acuerdo (aceptación o aprobación), o su desacuerdo (rechazo o desaprobación)^{17,18}.

Por otro lado se define como madre a aquel ser vivo de sexo femenino que ha tenido descendencia directa. El enlace maternal describe los sentimientos que ella tiene por sus hijos. el título de madre también puede ser dado a aquella mujer que cumpla este papel sin estar emparentada biológicamente con el niño o niña. Mayormente esto ocurre con mujeres que han adoptado niños o con mujeres casadas con hombres que previamente habían engendrado descendencia¹⁹.

El recién nacido prematuro o pre término es un bebe que nace de un embarazo menor de 37 semanas y un peso inferior a los 2500 gr. Sin embargo una mujer sana puede alumbrar de forma prematura a un bebe totalmente sano. Se considera un bebe prematuro, si nace antes de que el embarazo llegue a término²⁰.

La definición más precisa es la que señala que prematuridad es sinónimo de inmadurez. El grado de inmadurez establecería la relación del prematuro con su medio y determinaría su capacidad para resolver problemas. De esta capacidad, además de la asistencia que se le brinde, dependerá su futuro inmediato y a largo plazo. El hecho de tener un bebe prematuro, es un desafío tanto físico como emocional. Esta experiencia particular puede provocar estados de ansiedad, cólera, culpabilidad, tristeza e incluso de remordimiento²⁰.

Los cuidados de un bebe prematuro, son especiales, más aun procedentes de sus padres los cuales deben enfrentar desafíos físicos y emocionales muy particulares, tales como: problemas auditivos y visuales, ictericia y anemia. A pesar de que los bebes prematuros necesitan ser tratados en una unidad de cuidados intensivos neonatales los padres desempeñan un papel crucial en el desarrollo saludable de sus bebes. Desde la alimentación hasta el hecho de lograr que descansen placenteramente, desde la vestimenta hasta los cambios que van surgiendo, los bebes prematuros requieren atención

especial a fin de asegurarse de que crecerán y desarrollarán apropiadamente, tanto físicamente como emocionalmente²¹.

La Organización Mundial de la Salud señala que las condiciones deficientes en la etapa neonatal son la causa más importante de la mortalidad infantil. Todos los años mueren en su primera semana de vida 4 millones de recién nacidos. Como respuesta, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) defiende y promueve programas para aumentar las tasas de Lactancia materna exclusiva (LME). La base más firme para la salud infantil es la nutrición y el mejor alimento para los recién nacidos es la leche materna. El amamantamiento protege al recién nacido contra la diarrea y las enfermedades agudas de las vías respiratorias, estimula su sistema inmunológico y mejora su respuesta a la vacunación, y además contiene varios cientos de moléculas, enzimas, proteínas y hormonas importantes para la salud²².

Por su parte el (UNICEF) recomiendan que la lactancia materna sea exclusiva dentro de los primeros seis meses de vida, y que constituya parte importante de la alimentación durante el resto del primer año. Se reconoce que la leche materna cubre satisfactoriamente los requerimientos del lactante hasta el cuarto mes en 95%²³.

A nivel Internacional existen guías que señalan que la leche materna constituye por si sola el mejor alimento que puede darse durante los primeros seis meses debido a ventajas nutricionales, inmunológicas higiénicas y

psicológicas que necesita para su crecimiento y desarrollo, no existe ningún sucedáneo o sustituto artificial que pueda igualar su calidad. Dar de lactar es mucho mas que dar alimento, es dar seguridad, amor, placer y compañía. Así mismo señala que el apoyo familiar es fundamental para una lactancia exitosa. El agua contenida en la leche materna es suficiente para satisfacer las necesidades de líquidos incluso en los climas secos y calurosos. Por lo tanto no es necesario dar otros líquidos para saciar su sed. La introducción de agüitas, infusiones u otros alimentos atenta contra una Lactancia materna exitosa y contribuye a incrementar el riesgo de enfermedades infecciosas²⁴.

En el Perú, el Ministerio de Salud lidera la coordinación a nivel nacional, mediante una mesa de trabajo multisectorial donde participan instituciones públicas y privadas que por muchos años, tienen un compromiso sostenido en la promoción , protección y apoyo la lactancia materna en el Perú. Este conjunto de instituciones llevan a cabo diversas actividades la cuarta semana de agosto de cada año, la misma que desde el año 2000 quedó establecida por Resolución Ministerial No 240-2000-SA/DM. como la “Semana de la Lactancia Materna en el Perú” a fin de sensibilizar a la población sobre la importancia de esta práctica alimentaria, derecho fundamental, que beneficia al niño, la madre, la familia y la comunidad. En cuanto al calostro se reporta como es un fluido espeso y amarillento que secreta la mama, durante la primera semana post parto, la composición del calostro es diferente a la composición de la leche madura. es rico en proteína, anticuerpos que pueden protegen contra bacterias y virus presentes en el canal

del parto, o asociados con otros contactos humanos. El amamantar al niño con el calostro estimula el vínculo madre e hijo y evita el desarrollo de agresividad en los niños²⁵.

Se señala que la alimentación del recién nacido con leche materna debe ser a libre demanda, estimular la succión frecuente asegura la producción de la leche materna. Los niños deben ser despertados para que lacten con frecuencia y asegurar su alimentación. El contacto de la madre con el agua fría, determinados alimentos así como el uso de medicamentos no son impedimentos para dar de lactar. Los lactantes alimentados con leche materna exclusivamente hasta los seis meses, contraen menos enfermedades y están mejor nutridos que los que reciben otros alimentos. La alimentación con biberón representa una grave amenaza para la vida y la salud de millones de niños. Muchas madres no confían en su propia capacidad para amamantar a sus hijos y necesitan recibir el estímulo y apoyo práctico del padre del niño, del personal de salud, los familiares, amigos y/o los grupos de mujeres²⁶.

La alimentación es el único momento que posee un bebé prematuro y su mamá para conectarse más estrechamente. Los bebés prematuros frecuentemente deben ser alimentados utilizando con una sonda para alimentación. Es por ello que cuando las mamás pueden amamantar directamente a sus bebés se logra estimular un contacto piel a piel durante el proceso de amamantamiento, que ayuda a incrementar la capacidad de crear un vínculo mucho más estrecho con su hijo/a. El momento de la alimentación

debe ser un ritual pacífico y relajado, tanto para los niños como para sus mamás. La lactancia debe ser a libre demanda pero en los bebés prematuros deben ser alimentados más frecuentemente que los bebés que no hayan nacido prematuramente²⁷.

La vestimenta de los bebés prematuros son mucho más que solo telas, debido a su pequeño tamaño y a la pérdida de grasa corporal, los bebés prematuros necesitan vestimenta especial diseñada para el tamaño de sus cuerpecitos y para poder mantenerlos abrigados. El hecho de mantener meses a su bebé abrigados y cómodo sumamente importante para el mismo/a se sienta feliz y relajado/a. La vestimenta de los bebés prematuros debe ser de algodón, tener prendeduras fáciles de abrir, que les permita a los padres cambiarles los pañales con bastante frecuencia, y a su vez abrigarlos rápidamente y evitar la pérdida de calor²⁸.

Los bebés prematuros deben ser cambiados tantas veces sean necesarios al día esta cantidad de pañales le dejara saber que su bebé se está alimentando adecuadamente. Existen pañales especialmente diseñados para bebés prematuros los cuales han sido fabricados para que calcen perfectamente en sus cuerpecitos y para que puedan ser abiertos rápidamente si necesidad de desvestir al bebé, lo cual es importante para todos los procedimientos relacionados con su cuidados²⁹.

Los bebés que han nacido prematuramente poseen diferentes patrones de sueño y también diferentes necesidades que los bebés nacidos a término.

Ellos/a duermen más horas al día que los otros bebés debido a sus particulares necesidades relacionadas con el desarrollo²⁹.

Las necesidades de los bebés varían según la edad, si bien los recién nacidos duermen la mayor parte del tiempo (más de 18 horas), lo hacen en períodos cortos, se despiertan cuando tienen hambre o sienten alguna molestia; debiéndose evitar los ruidos y situaciones que puedan alterar su descanso. a medida que crece, la cantidad de sueño disminuye, pero el tiempo de sueño nocturno aumenta. Después de la primera o segunda semana, empiezan a identificar el sueño con noche y vigilia con día. Corresponde al personal de enfermería realizar la valoración de la situación, identificando los factores que impiden el descanso y el reposo de los bebés que alteran el patrón natural de sueño³⁰.

Siempre coloque a los bebés boca arriba para dormir, incluso para las siestas cortas, cerciórese de que el colchón sea firme, mantener fuera del área de sueño del bebé los objetos blandos, la ropa de cama suelta o cualquier otro objeto que pueda aumentar el riesgo de sofocación o estrangulación. En la habitación se debe evitar los ruidos y situaciones que puedan alterar su descanso. a medida que crece, la cantidad de sueño disminuye, pero el tiempo de sueño nocturno aumenta. Después de la primera o segunda semana, empiezan a identificar el sueño con noche y vigilia con día. Corresponde al personal de enfermería realizar la valoración de la situación, identificando los factores que impiden el descanso y el reposo.

Los Signos de Alarma en el prematuro las madres deben conocer las características normales de sus hijos, ya que así podrían detectar alguna anomalía o situación diferente en ellos y actuar de manera oportuna llevándolos a un establecimiento de salud, estos son: Temperatura axilar superior a 37.5 °C o temperatura axilar inferior a 36 C, dificultad para respirar, ictericia, secreción sanguinolenta, enrojecimiento o mal olor del ombligo, vómitos, rechazo del alimento en dos o más ocasiones, diarreas. se señala que el recién nacido debe ser examinado en el momento del alta, facilitando a los padres la información sanitaria que se precise . El cuidado del recién nacido normal compete fundamentalmente a la madre, por eso es de especial importancia ayudarla a comprender los fenómenos fisiológicos que se presentan en él y reforzar aspectos educativos en relación a su crecimiento y desarrollo³⁰.

En lo que consierne a la termorregulación es la habilidad del neonato para producir calor y mantener el cuerpo a temperatura normal. Los neonatos son especialmente susceptibles a la pérdida de calor. Al igual que en la hipotermia, la hipertermia puede ser por infección en el recién nacido. En este caso la temperatura no desciende al desabrigarlo y suele requerir medicación para su descenso. En estas condiciones y con temperatura axilar mayor o igual a 37.5°C se considera fiebre. Otra causa de fiebre es la deshidratación, vigilar signos que puedan indicar infección, prestando especial atención al cordón umbilical³¹.

Como otro signo de alarma se tiene que observar la respiración del Recién nacido que habitualmente es periódica. Sin embargo el recién nacido normal presenta hasta 60 respiraciones en cada minuto y esta es la cifra máxima tolerable para hablar de frecuencia respiratoria normal. La causa de aumento de la frecuencia respiratoria o de apnea puede ser una infección, aunque puede corresponder a una convulsión, atragantamiento o asfixia durante la alimentación, secreciones difíciles de deglutir entre otras situaciones por lo que requiere de atención medica de emergencia³².

Otro signo de alarma es la Ictericia neonatal que es la coloración amarilla de piel y mucosas por aumento de la bilirrubina en sangre igual o mayor a 5 mg³. La onfalitis es una de las principales causas de sepsis en el período neonatal, muchas veces secundaria a los cuidados tradicionales del cordón umbilical, la forma e instrumentos para su corte y la aplicación de apósitos con cremas, polvos, lociones, e incluso algunas hierbas. Contribuye con la morbilidad y mortalidad neonatal en países en desarrollo. Para reducir la infección y mortalidad se utilizan diferentes alternativas: solamente mantenerlo seco, antisépticos, antibacterianos ó alcohol^{32,33}.

Según la GERESA Arequipa, señala como signos de alarma además el llanto inconsolable, todos los bebés lloran por hambre, frío, calor, incomodidad (pañal mojado) o dolor. Cualquier bebé que llora más de 1 hora y se comprueba que no es por hambre, frío, calor o pañal mojado, debe ser revisado. Si el bebé no come después de 5 horas de su última toma es porque

tiene algún problema que amerita revisión. Si se nota que el bebé constantemente está vomitando y que no es sólo leche porque tiene un olor a vinagre por tratarse de bilis³³. Otro signo de alarma es la distensión abdominal y el vòmito. Este se puede presentar por, irritación de la mucosa gástrica, mala técnica de alimentación, mala información de la madre. Los recién nacidos presentan las denominadas regurgitaciones dado que es normal que refluya alimento desde el estómago al esófago. Pero en ciertos casos el niño comienza a presentar verdaderos vómitos luego de la alimentación, expulsando con esfuerzo (arcadas) un gran volumen de leche luego de la alimentación, progresivamente se da con mayor frecuencia a lo largo del día y puede corresponder a la existencia de angostamiento en cierto sectores del tubo digestivo^{34,35, 36}.

Dentro de las teorías de enfermería, en que se basa esta investigación se ha considerado, citar a Barnard (1966), para quién la Enfermería es una profesión con responsabilidades éticas y sociales para con los individuos y la sociedad en general. Pone como punto de partida lo afectivo, sentimientos y emociones realizando una perfecta unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas; para ella el cuidado humano es una idea moral que trasciende el acto y va más allá de la acción produciendo actos colectivos que tienen consecuencias importantes para la civilización³⁷.

Se sustenta esta investigación en el marco teórico propuesto por Kathryn Barnard, en su modelo de Interacción padre-hijo. Este modelo

procede de la psicología y del desarrollo humano, se centra especialmente en la interacción madre-niño con el entorno. Se basa en los datos empíricos acumulados a través de escalas desarrolladas para cuantificar la alimentación, la enseñanza y el entorno durante los tres primeros años, permitiendo el desarrollo de definiciones conceptuales y operativas.

El modelo está constituido sobre tres elementos principales, los cuales se definen a continuación:

1. Niño: Barnard define características del comportamiento del recién nacido y estos son patrones de sueño, alimentación, apariencia, temperamento y capacidad de adaptarse a la madre/cuidador y al entorno.

2. Madre: Se refiere a la biológica o a la que cuida, además sus características más importantes entre ellas condiciones psicosociales de la madre, expectativas y preocupaciones con respecto al niño, su propia salud, la magnitud del cambio que experimenta en su vida, su estilo de maternidad y su habilidad de adaptación.

3. Entorno: Este incluye tanto el del niño como de la madre. Comprende aspectos del entorno físico, familia y experiencias con las que el niño se encuentra, que pueden ser: personas, objetos, lugares, sonidos, sensaciones visuales y táctiles, recursos sociales y financieros, la implicación del padre y el acuerdo entre ellos con respecto a la educación del niño y adaptación al hogar y comunidad.

Kathryn Barnard cree que el sistema madre/cuidador-hijo está influido por las características de cada uno de los miembros, que se modifican para satisfacer las necesidades del sistema mediante un comportamiento adaptativo.

La interacción entre la madre o el cuidador y el niño se describen en el modelo de Barnard mediante cinco señales y actividades:

1. La claridad del lactante en la emisión de señales.
2. La reactividad del lactante a los padres.
3. La sensibilidad de los padres a las señales del lactante.
4. La capacidad de los padres para identificar y aliviar la incomodidad del lactante.
5. Las actividades sociales, emocionales y cognitivas estimulantes del desarrollo desplegadas por los padres.

Su modelo para valorar la salud infantil se basa en 10 Afirmaciones teóricas:

1. Valoración del niño, consiste en identificar problemas antes que se desarrollen y cuándo sea máxima la eficacia de la intervención.

2. Los factores ambientales, como han sido tipificado en el proceso de interacción madre - hijo son importantes para determinar los resultados sobre la salud del niño.

3. La interacción entre el bebé y la persona que lo cuida ofrece información que refleja la naturaleza del entorno actual del niño.

4. El cuidador se comporta con arreglos al estilo de conducta y el nivel de habilidad que constituyen características duraderas; la capacidad adaptativas de esta persona se ven influidas por las respuestas del bebé y por el apoyo que reciba del entorno.

5. En la interacción adaptativa madre – hijo, se produce una modificación mutua en el que la conducta de los padres influye en la del bebé y a la inversa.

6. El proceso adaptativo es más fácil de modificar que las características básicas del niño o madre; por tanto, las intervenciones de enfermería deben dirigirse más a fomentar la sensibilidad de la madre y su capacidad de respuestas antes las señales que le transmite el niño.

7. Una cualidad importante del fomento del aprendizaje del niño es permitir las conductas surgidas por su iniciativa y reforzar sus intentos emprendidos.

8. Una función importante de la Enfermería consiste en apoyar a la persona que cuida al niño durante el primer año de la vida de éste.

9. La evaluación interactiva es importante en cualquier modelo global de asistencia sanitaria infantil.

10. La valoración del entorno del niño es importante en cualquier modelo de valoración de la salud infantil³⁸.

Barnard asume en su Teoría los Metaparadigmas que son descritos:

Enfermería: Proceso mediante el cual el paciente es ayudado a mantener y a promover su independencia. Este proceso puede ser educativo, terapéutico o de restablecimiento. En el contexto de cuidado centrado en la familia, el papel es ayudar a las familias a ofrecer condiciones que promuevan “el crecimiento y el desarrollo de los miembros familiares”³⁹.

Persona: Cuando describe a un ser humano, habla de la capacidad de participar en una interacción en la que ambas partes aportan cualidades, habilidades y respuestas que afectan a la interacción. Este término incluye a los bebés, niños y adultos.

Entorno: Es un aspecto esencial de la teoría de Barnard.

Salud: Es un estado dinámico del ser en que el desarrollo potencial y conductual de un individuo se realiza hasta el mayor número posible⁴⁰.

Por todo ello, esta teoría ayuda a fundamentar esta investigación la cual trata de los conocimientos de madres sobre cuidados del prematuro teniendo una estrecha relación entre niño, madre/cuidador y el entorno,

además de cómo esta interacción influye en el crecimiento y desarrollo del niño. Un aspecto importante del modelo de Barnard es que la enfermera como parte del entorno proporciona educación, apoyo a la sensibilidad y respuesta de la madre a los signos de su hijo, de ahí la importancia de esta teoría en este estudio; pues este modelo nos ayuda a anticiparnos y poder identificar los problemas prioritarios, los factores ambientales en la vinculación madre/cuidador-hijo, la interacción entre el niño, como las capacidades adaptativas de la madre se ven influidas por las respuestas del niño y por el apoyo que reciba de su entorno, por tanto, las intervenciones de enfermería que se brinda fomenta la sensibilidad de la madre y del niño. Por último el modelo amplía el ámbito de la enfermería al incluir en el actos tan importantes como el vínculo madre – hijo, y los cuidados maternos, esto en el ámbito de la enfermería ayuda a comprender la importancia de la familia^{39,40}.

Katryn Barnard es una teórica que habla sobre la interacción padre-hijo en donde se centra en la comunicación que deben tener estos dos y su entorno para poder crear un ambiente saludable al recién nacido, donde la comunicación toma el papel de señales afectivas y confiables entre ambos personajes, señales que se da desde el momento del nacimiento mayormente entre la madre y el hijo mediante el contacto piel a piel.

El valor fundamental del trabajo de Barnard ha sido demostrar que el desarrollo infantil saludable depende de los padres o cuidadores que debe

responder a las señales del niño de una manera amorosa y confiable, desde el momento de su nacimiento, momento en la vida de todo ser humano donde los cuidados se tornan indispensables para el sostenimiento de la vida, donde no solo la madre cumple de manera loable su rol materno, sino también los padres; por ello cada día se busca más hacer participar también al padre como proveedor de cuidados a sus recién nacidos, que comparándolo con etapas anteriores era campo casi exclusivo de la madre.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

Esta investigación estuvo guiada por el paradigma cuantitativo: Porque se midió mediante una escala numérica, la variable conocimiento, por ser secuencial y probatorio, esto con la finalidad de dar respuesta a la naturaleza del problema y comprobar la hipótesis ⁴¹.

3.2. Diseño Metodológico: descriptivo, transversal, correlacional

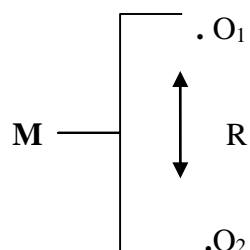
Descriptivo; Porque en ella se indagó y describió los conocimientos de las madres

Transversal; Dado que sólo se basó en la observación de la unidad de análisis sin la manipulación o control de alguna variable interviniente, se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Correlacional; por que determina si dos variables están correlacionadas, tiene como objetivo medir el grado de relación que existe entre dos o más variables, en un contexto en particular.

El diseño metodológico fué no experimental. Porque se realizó sin manipular deliberadamente la variable independiente. Los objetos de estudio

fuieron observados en su ambiente natural y su realidad^{42,43}. El diseño se representa en el siguiente gráfico:



Dónde:

M: muestra

O₁: variable nivel de conocimientos de las madres sobre cuidados del recién nacido prematuro al alta.

O₂: variable: actitudes de las madres sobre el cuidado del recién nacido prematuro al alta.

R: relación que existe entre las variables.

Población y muestra lo constituyeron madres de recién nacidos prematuros que fueron dados de alta, que acuden al consultorio de neonatología del Hospital II-2 Sullana en el mes de junio- julio 2015.

El numero de las madre de prematuros que acuden a su primer control en estos meses se muestran en el siguiente cuadro.

Madres de prematuros del consultorio de neonatologia del hospital de Apoyo II_2.

| Mes | N° de madres de RN prrematuros |
|------------|---------------------------------------|
| Junio 2015 | 11 |
| Julio 2015 | 14 |
| Total | 25 |

Fuente: HIS consultoriode neonatologia del Hospital de Apoyo 2-II Sullana

Criterios de inclusión fueron madres de recién nacidos prematuros que oscilan entre 32 y 37 semanas de edad gestacional, mayores de 18 a 40 años de edad que aceptaron voluntariamente ser parte del estudio y firmaron el consentimiento informado, que acuden al consultorio de neonatología a su primer control, no tuvieron antecedentes de hijos prematuros, y no presentaron trastornos o alteraciones mentales.

Criterios de exclusión fueron madres que no hablan español, cuyos recién nacidos prematuros están hospitalizados en el servicio de neonatología del hospital de Sullana y que no aceptaron firmar el consentimiento informado.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos, para la recolección de datos se realizaron los trámites administrativos correspondientes mediante un oficio a la dirección del Hospital de Apoyo 2- II Sullana con el fin de que se otorgue el permiso respectivo, se coordinó con el jefe del área de pediatría y consultorio de neonatología, luego se realizaron las coordinaciones para la recolección de datos, se encuestaron a todas las madres de prematuros que

asistieron al consultorio de neonatología en su primer control al alta, entre el tercer al séptimo día, Se les orientó sobre la finalidad del estudio, firmaron el consentimiento informado y luego se procedió a realizar el cuestionario para evaluar el conocimiento y escala de Likert para medir las actitudes dichos instrumentos fueron respondido en un tiempo no mayor a 20 minutos.

Para determinar la validez y confiabilidad de los instrumentos se sometieron al juicio de expertos por tres licenciadas en enfermería magister en ciencias de la salud y especialistas en neonatología; sugirieron cambios en el lenguaje menos técnico, se realizó una prueba piloto a 10 madres del área de mamá canguro población que no formo parte de la investigacion y para determinar la confiabilidad, medidas estadística el alfa de cronbach.

Confiabilidad del instrumento

Resumen de procesamiento de casos

| | | N | % |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Casos | Válido | 25 | 100,0 |
| | Excluido ^a | 0 | ,0 |
| | Total | 25 | 100,0 |

La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,898 | 10 |

Los datos recolectados a través de los instrumentos utilizados, fueron automatizados para crear una base de datos usando el software Microsoft Excel 2010 y utilizando el Software estadístico SPSS Versión 18.0, se realizó lo siguiente: se obtuvieron las distribuciones de frecuencias bidimensionales, según nivel de conocimiento y actitud de las madres en el cuidado del recién nacido prematuro al alta; posteriormente se realizó el análisis de datos con Karl Pearson para determinar su relación.

Para interpretar el coeficiente de correlación utilizamos la siguiente escala:

| Valor | Significado | Valor | Significado |
|--------------|---|------------|---|
| -1 | Correlación negativa grande y perfecta. | 1 | Correlación positiva grande y perfecta. |
| -0,9 a -0,99 | Correlación negativa muy alta. | 0,9 a 0,99 | Correlación positiva muy alta. |

| | | | |
|---------------|----------------------------------|-------------|-------------------------------------|
| -0,7 a -0,89 | Correlación negativa alta | 0,7 a 0,89 | Correlación positiva alta |
| -0,4 a -0,69 | Correlación negativa moderada | 0,4 a 0,69 | Correlación positiva moderada |
| -0,2 a -0,39 | Correlación negativa baja | 0,2 a 0,39 | Correlación positiva baja |
| - 0,01 a 0,19 | Correlación negativa muy baja | 0,01 a 0,19 | Correlación positiva muy baja |
| 0 | Correlación nula | | |

El cuestionario constó de dos partes:

➤ Instrucciones

➤ Contenido

El contenido consta:

- Datos generales de las madres: ítems relacionados con edad, estado civil y grado de instrucción.

- Conocimiento de las madres en el cuidado del recién nacido prematuro: calificadas de acuerdo a las dimensiones.

✓ Lactancia materna exclusiva: 5 preguntas, cada respuesta correcta 4 puntos y la incorrecta 0 puntos.

✓ Termorregulación: 5 preguntas, cada respuesta correcta 4 puntos y la incorrecta 0 puntos.

✓ Higiene: 5 preguntas, cada respuesta correcta 4 puntos y la incorrecta 0 puntos.

✓ Descanso y sueño: 5 preguntas, cada respuesta correcta 4 puntos y la incorrecta 0 puntos.

✓ Signos de alarma: 5 preguntas, cada respuesta correcta 4 puntos y la incorrecta 0 puntos.

Para la calificación del cuestionario se elaboró una plantilla, donde se señala la respuesta correcta, según el número pregunta. (Anexo 04)

Para fines de este estudio se evalúo de la siguiente manera:

Alto: si la encuesta alcanza un puntaje de 17-20 puntos.

Medio: si la encuesta alcanza un puntaje de 12-16 puntos.

Bajo: si la encuesta alcanza un puntaje de 0-11 puntos.

Para evaluar la actitud de las madres se utilizó la Escala Likert que consta de 15 proposiciones en positivo y negativo, la escala de puntuación es de 1 a 5 considerando los términos:

Totalmente de acuerdo (5)

De acuerdo (4)

No estoy segura (3)

Desacuerdo (2)

Total desacuerdo (1)

Dándole un puntaje para la actitud positiva de 75 – 46, actitud media o neutra 45 y para la actitud negativa de 44 a 15 puntos.

3.3. Análisis de datos.

Se confeccionó una base de datos para introducir los resultados del cuestionario y la escala de Likert que se aplicó a las madres de prematuros que acuden al consultorio de neonatología a su control.

Los resultados se presentan en cuadros de distribución de frecuencias unidimensionales con su respectiva interpretación, posteriormente, se realizó el análisis de datos con Rho Spearman para determinar su relación.

3.4. Rigor Científico

Durante el proceso de investigación se tuvo en cuenta los principios de rigor científico propuestos por Denise Polit ⁴³.

- **Auditabilidad:** La investigación representa el inicio para que se realicen otras, mediante este criterio se ayuda a seguir la pista de lo que la investigadora original ha hecho y que otros puedan repetir el estudio a fin de confirmar o refutar los resultados.

- **Confidencialidad:** Este criterio hace énfasis en la utilización de la información y desempeño de las funciones dentro del ámbito de su profesión tomando en cuenta los valores y principios éticos y bioéticos en el desarrollo de sus cuidados enfermeros. En esta investigación se garantizó que la información brindada por las madres se utilizó para fines netamente académicos.

- **Consistencia:** Los resultados se presentan de tal manera que otros investigadores puedan volver a analizar los datos con el uso de los mismos procesos y métodos, y puedan llegar a las mismas conclusiones.

- **Credibilidad:** Los datos que se recogieron tienen valor de verdad. Se usan los métodos de medición objetiva con el fin de obtener resultados válidos y fiables.

- **Exactitud:** Antes de comenzar el estudio, se pudo verificar la exactitud y la integridad de estos. Un problema frecuente en la investigación

es la tendencia a recopilar muchos datos, más de lo que pueden analizar. Esto puede traducirse en una base de datos excesiva y puede aumentar la probabilidad de inexactitud.

- **Honestidad Científica.** Los datos se recopilaron meticulosamente y con exactitud, sin ningún sesgo subjetivo por parte de los investigadores.

- **Neutralidad:** Consiste en la garantía de que los descubrimientos de la investigación no serán sesgados por motivaciones, interés y perspectivas de la investigadora.

3.5. Principios Éticos

En el proceso de investigación que participan seres humanos como suele ocurrir en los estudios en ciencias de la salud, debe garantizarse la protección de los derechos de las personas. En el presente trabajo se garantiza el respeto a los derechos de las participantes, para lo cual se tuvieron en cuenta los principios éticos en el informe Belmont Report, abordado por Polit (2000)^{43,44}, los cuales son:

Respeto a las personas

El respeto a las personas incluye por lo menos dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está

disminuida tienen derecho a ser protegidas. Consiguientemente el principio de respeto a las personas se divide en dos prerequisites morales distintos: el prerequisite que reconoce la autonomía, y el prerequisite que requiere la protección de aquellos cuya autonomía está de algún modo disminuida.

Principio de Beneficencia. Expresado en la utilidad y beneficios de los resultados.

Principio de Justicia. Se dio un trato de igual a todas las participantes durante el desarrollo de la investigación y de privacidad considerando el anonimato de las respuestas ofrecidas. Justicia es la perpetua y constante voluntad de dar a cada uno lo suyo. Esto se aplicará en la presente investigación ya que a las participantes se les dio un trato justo y equitativo antes, durante y después de su participación, se mantendrá el anonimato de la información en todo momento.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó para determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las actitudes de las madres sobre el cuidado del Recién nacido prematuro al alta de la unidad de neonatología del Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015.

La totalidad de la muestra estudiada estuvo compuesta por madres de neonatos prematuros que acudieron a su control por consultorio de neonatología, en donde las variables de interés correspondieron al nivel de conocimiento y la actitud materna condiciones que fueron precisadas por medio de la aplicación de cuestionarios y Escala de Lickert .

Se presentan tablas, para dar respuesta a los objetivos planteados, teniendo en cuenta a Kathryn Barnard, quien en su modelo de interacción padre_hijo centra su atención en la madre, el niño y su entorno.

Objetivo Específico 01:

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento en su dimensión Lactancia materna y la actitud de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro al alta de la Unidad de Neonatología del Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015.

Tabla N° 01:

Distribución del Nivel de Conocimiento de Lactancia materna exclusiva y Actitudes de las madres sobre el cuidado del recién nacido prematuro al alta Unidad de Neonatología, Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015

| | | ACTITUDES | | | | | | | |
|-------------------|-------|-----------|-------|-------|--------|----------|--------|-------|---------|
| | | Negativa | | Media | | Positiva | | Total | |
| | | F | h% | F | h% | F | h% | F | h% |
| NIVEL DE | Bajo | 0 | 0,00% | 5 | 20,00% | 3 | 12,00% | 8 | 32,00% |
| CONCIMIENTO EN | Medio | 0 | 0,00% | 2 | 8,00% | 12 | 48,00% | 14 | 56,00% |
| LACTANCIA MATERNA | Alto | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 3 | 12,00% | 3 | 12,00% |
| EXCLUSIVA | Total | 0 | 0,00% | 7 | 28,00% | 18 | 72,00% | 25 | 100,00% |

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de la Unidad de Neonatología del Hospital de Apoyo II de Sullana.

Correlaciones

| | | NIVEL DE CONCIMIENTO EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA | | | ACTITUDES | |
|--------------------|--|---|--|--------|-----------|--|
| Rho de Spearman | NIVEL DE CONCIMIENTO EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA | Coeficiente de correlación | | 1,000 | ,521** | |
| | | Sig. (bilateral) | | . | ,008 | |
| | | N | | 25 | 25 | |
| | ACTITUDES | Coeficiente de correlación | | ,521** | 1,000 | |
| | | Sig. (bilateral) | | ,008 | . | |
| | | N | | 25 | 25 | |

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Existe correlación positiva moderada con un valor de 0,521 entre nivel de conocimiento y actitudes de las madres en el cuidado del prematuro en lactancia materna.

Donde la OMS señala que la lactancia materna exclusiva es beneficiosa para el recién nacido que lo ayuda en su crecimiento y desarrollo. La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades⁴

Estos resultados se asemejan al de Suarez A; Ecuador 2014; quien encontró que el 99% amamantaban al recién nacido con leche materna exclusiva quienes tenían una actitud positiva frente al cuidado del recién nacido prematuro¹⁰.

Katheryn Barnard en su modelo de Interacción padre –hijo constituido por 3 elementos niño, madre y entorno; con respecto a la madre, las condiciones psicosociales, expectativas y preocupaciones en este caso con la alimentación del niño, su propia salud (es importante hacerlas saber que la LM es beneficiosa tanto para RN como para ella), la magnitud del cambio que experimenta en su vida, su estilo de maternidad y su habilidad de adaptación³⁹.

Objetivo Específico 02:

Determinar la relación entre el nivel de conocimientos en su dimensión termorregulación y la actitud de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro al alta Unidad de Neonatología del Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015.

Tabla N°02:

Nivel de Conocimiento en Termorregulación del prematuro y Actitudes de las madres sobre el cuidado del recién nacido prematuro al alta Unidad de Neonatología, Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015.

| | | ACTITUDES | | | | | | | |
|------------------|-------|-----------|-------|-------|--------|----------|--------|-------|---------|
| | | Negativa | | Media | | Positiva | | Total | |
| | | F | h% | F | h% | F | h% | F | h% |
| NIVEL DE | Bajo | 0 | 0,00% | 1 | 4,00% | 0 | 0,00% | 1 | 4,00% |
| CONCIMIENTO EN | Medio | 0 | 0,00% | 5 | 20,00% | 10 | 40,00% | 15 | 60,00% |
| TERMORREGULACIÓN | Alto | 0 | 0,00% | 1 | 4,00% | 8 | 32,00% | 9 | 36,00% |
| DEL PREMATURO | Total | 0 | 0,00% | 7 | 28,00% | 18 | 72,00% | 25 | 100,00% |

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de la Unidad de Neonatología del Hospital de Apoyo II de Sullana.

Correlaciones

| | | NIVEL DE CONCIMIENTO EN TERMORREGULACIÓ N DEL PREMATURO | | | ACTITUDES |
|----------|----------------------|--|-------|--|-----------|
| Rho de | NIVEL DE CONCIMIENTO | Coefficiente de correlación | 1,000 | | ,345 |
| Spearman | EN TERMORREGULACIÓN | Sig. (bilateral) | . | | ,091 |
| | DEL PREMATURO | N | 25 | | 25 |
| | ACTITUDES | Coefficiente de correlación | ,345 | | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | ,091 | | . |
| | | N | 25 | | 25 |

Dado el valor 0,345 se concluye que existe correlación positiva baja entre el conocimiento en termorregulación y las actitudes de la madre sobre el cuidado del prematuro.

Según la grafica de conocimiento y actitudes sobre termoregulacion tenemos mas alto porcentaje en conocimiento medio.

Para Barnard en sus 5 señales que describe en su modelo, destaca la sensibilidad de los padres a las señales del lactante, en este caso la madre se da cuenta de que algo le sucede al bebe, aunandose la señal cinco que tiene que ver con la capacidad para identificar y aliviar la incomodidad del prematuro.

Se demuestra atraves de este trabajo que las madres a un conocimiento medio su actitud es positiva⁴⁰.

En este período, el prematuro por su inmadurez no regula el calor y el frío excesivos; el calor; por inmadurez de su sistema termorregulador, y el frío, porque tiene una superficie corporal muy grande y un panículo adiposo muy delgado, pasando de un estado a otro con rapidez. Se recomienda que la vestimenta se elija según el clima teniendo en cuenta que es muy susceptible a temperaturas extremas. Es aconsejable el uso de ropas cómodas y amplias para permitir el libre movimiento, en cuanto al material deben de ser de algodón, y, en lo posible, desprovistas de botones, ganchos o broches que lo pueden molestar. En general, no se recomienda utilizar lana ni fibras sintéticas, porque pueden producir alergias; pero si por las condiciones es necesario se debe proteger la piel con ropa de algodón por debajo⁸.

Objetivo Específico 03:

Determinar la relación entre el nivel de conocimientos en su dimensión higiene y la actitud de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro al alta, Unidad de Neonatología del Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015.

Tabla N° 03:

Nivel de Conocimiento en Higiene y Actitudes de las madres sobre el cuidado del recién nacido prematuro al alta Unidad de Neonatología, al alta Unidad de Neonatología, Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015

| | | ACTITUDES | | | | | | | |
|-------------|-------|-----------|-------|-------|--------|----------|--------|-------|---------|
| | | Negativa | | Media | | Positiva | | Total | |
| | | F | h% | F | h% | F | h% | F | h% |
| NIVEL DE | Bajo | 0 | 0,00% | 3 | 12,00% | 1 | 4,00% | 4 | 16,00% |
| CONCIMIENTO | Medio | 0 | 0,00% | 2 | 8,00% | 10 | 40,00% | 12 | 48,00% |
| EN HIGIENE | Alto | 0 | 0,00% | 2 | 8,00% | 7 | 28,00% | 9 | 36,00% |
| | Total | 0 | 0,00% | 7 | 28,00% | 18 | 72,00% | 25 | 100,00% |

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de la Unidad de Neonatología del Hospital de Apoyo II de Sullana.

Correlaciones

| | | NIVEL DE CONCIMIENTO EN HIGIENE | | | ACTITUDES | |
|----------|-------------|---------------------------------------|--|-------|-----------|--|
| Rho de | NIVEL DE | Coeficiente de correlación | | 1,000 | ,276 | |
| Spearman | CONCIMIENTO | Sig. (bilateral) | | . | ,181 | |
| | EN HIGIENE | N | | 25 | 25 | |
| | ACTITUDES | Coeficiente de correlación | | ,276 | 1,000 | |
| | | Sig. (bilateral) | | ,181 | . | |
| | | N | | 25 | 25 | |

Dado el valor 0,276 se concluye que existe correlación positiva baja entre las variables.

El 40% de las madres tiene un nivel de conocimiento medio en cuanto a la higiene y una actitud positiva sobre el cuidado de su hijo mientras que otro 28% posee un nivel alto y su actitud también es positiva. Lo que resalta que a pesar que tienen conocimiento medio tienen una actitud positiva.

Donde la higiene del recién nacido es básica para mantener la salud del neonato por lo que las madres deben ser informadas para conocer y realizarla correctamente como lo señala Kathryn Barnard en el contexto centrado en la familia, que el papel de la enfermera es ayudar a las familias a ofrecer condiciones que promuevan el crecimiento y desarrollo de los miembros familiares.

El baño cumple varias funciones en la vida del niño, la más conocida es garantizarle una higiene adecuada, además estimula la circulación y los sentidos, brinda relajación y produce sueño⁴⁶.

Los resultados se asemejan con el estudio realizado por Delgado L., que el 47% presentó conocimiento regular, el 36 % bueno y el 17% deficiente, podemos observar que el 64% de las madres tiene conocimientos de regular a bueno respecto a la higiene del bebé, lo que es alarmante puesto que tras el alta no se puede asegurar el bienestar del niño, el cual puede reingresar por onfalitis, enfermedades de la piel relacionado a la falta de higiene, como eritema de pañal, dermatitis, etc⁹.

Objetivo Específico 04:

Determinar la relación entre el nivel de conocimientos en su dimensión descanso y sueño y la actitud de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro al alta, Unidad de Neonatología del Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015.

Tabla N° 04:

Nivel de Conocimiento en Descanso y sueño y Actitudes de las madres sobre el cuidado del recién nacido prematuro, al alta Unidad de Neonatología, Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015.

| | | ACTITUDES | | | | | | | |
|-------------|-------|-----------|-------|-------|--------|----------|--------|-------|---------|
| | | Negativa | | Media | | Positiva | | Total | |
| | | F | h% | F | h% | F | h% | F | h% |
| NIVEL DE | Bajo | 0 | 0,00% | 6 | 24,00% | 7 | 28,00% | 13 | 52,00% |
| CONCIMIENTO | Medio | 0 | 0,00% | 1 | 4,00% | 10 | 40,00% | 11 | 44,00% |
| EN DESCANSO | Alto | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 1 | 4,00% | 1 | 4,00% |
| Y SUEÑO | Total | 0 | 0,00% | 7 | 28,00% | 18 | 72,00% | 25 | 100,00% |

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de la Unidad de Neonatología del Hospital de Apoyo II de Sullana.

| | | NIVEL DE CONCIMIENTO EN DESCANSO Y SUEÑO | | | ACTITUDES |
|----------|------------------|---|-------|--|-----------|
| Rho de | NIVEL DE | Coefficiente de correlación | 1,000 | | ,421* |
| Spearman | CONCIMIENTO EN | Sig. (bilateral) | . | | ,036 |
| | DESCANSO Y SUEÑO | N | 25 | | 25 |
| | ACTITUDES | Coefficiente de correlación | ,421* | | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | ,036 | | . |
| | | N | 25 | | 25 |

*, La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Dado el valor 0,421 existe correlación positiva moderada entre el nivel de conocimientos en descanso y sueño con las actitudes en el cuidado de los prematuros.

El 24% de las madres posee un nivel de conocimiento bajo y su actitud media en cuanto al descanso y sueño, en el mismo nivel de conocimiento con un 28% tienen una actitud positiva, por otro lado el 40% de las madres presentan un nivel de conocimiento medio sobre el descanso y sueño y su actitud es positiva frente al cuidado del prematuro.

Estos resultados muestran significancia entre el conocimiento de descanso y sueño con actitud positiva de las madres en el cuidado del recién nacido.

El estudio realizado por Delgado L; tiene por resultados falta de conocimientos en dichas areas lo que es preocupante por poner en riesgo la salud del niño, incluso manifiestan no saber cada cuantas horas despertalo para que lacte, como debe ser el espacio fisico, cuantas horas duerme, cuidados al dormir⁹.

En el Modelo Barnard es uno de los tres elementos principales es el niño. Cuando habla del niño define características del comportamiento del recién nacido y estos patrones de sueño, alimentación, adaptación y la capacidad de adaptarse a la madre y a su entorno. Por lo que nuestra labor como profesionales de enfermería de educar a la madre para el cuidado de su bebé, esto conlleva a aumentar y corregir aspectos para mejorar el cuidado, ya que conocer les permite a ellas atender bien al recién nacido y rodearlos de un entorno agradable para satisfacer esta necesidad básica e importante, pues un adecuado reposo y sueño contribuye al óptimo desarrollo³⁷.

Objetivo Específico 05:

Determinar la relación entre el nivel de conocimientos en su dimensión signos de alarma y la actitud de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro al alta de la Unidad de Neonatología del Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015.

Tabla N° 05:

Nivel de Conocimiento en Signos de alarma y Actitudes de las madres sobre el cuidado del recién nacido prematuro, al alta Unidad de Neonatología, Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015.

| | | ACTITUDES | | | | | | | |
|--------------|-------|-----------|-------|-------|--------|----------|--------|-------|---------|
| | | Negativa | | Media | | Positiva | | Total | |
| | | F | h% | F | h% | F | h% | F | h% |
| NIVEL DE | Bajo | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 1 | 4,00% | 1 | 4,00% |
| CONCIMIENTO | Medio | 0 | 0,00% | 2 | 8,00% | 1 | 4,00% | 3 | 12,00% |
| EN SIGNOS DE | Alto | 0 | 0,00% | 5 | 20,00% | 16 | 64,00% | 21 | 84,00% |
| ALARMA | Total | 0 | 0,00% | 7 | 28,00% | 18 | 72,00% | 25 | 100,00% |

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de la Unidad de Neonatología del Hospital de Apoyo II de Sullana.

Correlaciones

| | | NIVEL DE CONCIMIENTO EN SIGNOS DE ALARMA | | | ACTITUDES | |
|----------|------------------------------------|---|--|-------|-----------|--|
| Rho de | NIVEL DE | Coeficiente de correlación | | 1,000 | ,194 | |
| Spearman | CONCIMIENTO EN SIGNOS DE ALARMA | Sig. (bilateral) | | . | ,353 | |
| | | N | | 25 | 25 | |
| | | | | | | |
| | ACTITUDES | Coeficiente de correlación | | ,194 | 1,000 | |
| | | Sig. (bilateral) | | ,353 | . | |
| | | N | | 25 | 25 | |

Dado el valor de 0,194 se concluye que existe relacion positiva muy baja entre el conocimiento en signos de alarma y la actitud de las madres frente al cuidado de los prematuros.

El 64% de las madres tiene un nivel de conocimiento alto en signos de alarma a la vez que su actitud es positiva frente al cuidado del niño, por otro lado un 20% posee un nivel de conocimiento alto mientras que su actitud es media para el cuidado del prematuro.

Barnard en su modelo destaca la sensibilidad de los padres a las señales del lactante, en este caso de la madre se da cuenta de que algo le sucede al bebe, aunandose con la capacidad de los padres para identificar y aliviar la incomodidad del lactante que seria reconocer los signos de alarma y acudir de inmediato al establecimiento de salud mas cercano⁴⁰.

Se puede decir que los conocimientos de las madres sobre signos de alarma no es integral, pues en algunos aspectos de las madres estan mas preparadas que en otros, teniendo en cuenta los diferentes edades de las madres, son de diferentes aspectos socioculturales, edad, grado de instrucción.

Otras investigaciones difieren como Suarez A, concluyó que el 83% reconocen de bueno a regular los signos de alarma del recién nacido¹¹.

Delgado L, sus resultados fueron: el 56% bueno, 27 % regular y el 17% deficiente, este tema es importante porque de eso depende la

supervivencia del recién nacido, pues al ser totalmente dependiente va a ser la madre, padre y/cuidador, quien tiene que reconocer signos de alarma⁹.

Según el estudio realizado por Hualpa S; quien tuvo como resultado de conocimientos en signos de alarma en el recién nacido, el 85, 5% (65) tiene conocimiento, frente a un 14, 5% (11) que no tiene conocimiento en dicha dimensión donde concluye que el nivel de conocimientos y conductas del cuidado básico al recién nacido por madres adolescentes, el mismo que indica que el nivel de conocimiento medio no se relaciona con las conductas adecuadas de cuidado al recién nacido¹⁰.

Tabla N°06:

Nivel de Conocimiento y Actitudes de las madres sobre el cuidado del recién nacido al alta Unidad de Neonatología, Hospital de Apoyo 2-II Sullana 2015.

| | | ACTITUDES | | | | | | | |
|-------------|-------|-----------|-------|-------|--------|----------|--------|-------|---------|
| | | Negativa | | Media | | Positiva | | Total | |
| | | F | h% | F | h% | F | h% | F | h% |
| NIVEL DE | Bajo | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| CONCIMIENTO | Medio | 0 | 0,00% | 7 | 28,00% | 14 | 56,00% | 21 | 84,00% |
| | Alto | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 4 | 16,00% | 4 | 16,00% |
| | Total | 0 | 0,00% | 7 | 28,00% | 18 | 72,00% | 25 | 100,00% |

Fuente: Encuesta aplicada a las madres del consultorio de Neonatología del Hospital de Apoyo II de Sullana.

Objetivo general

Correlaciones

| | | NIVEL DE | | |
|----------|-------------|-----------------------------|-------------|-----------|
| | | | CONCIMIENTO | ACTITUDES |
| Rho de | NIVEL DE | Coefficiente de correlación | 1,000 | ,534** |
| Spearman | CONCIMIENTO | Sig. (bilateral) | . | ,006 |
| | | N | 25 | 25 |
| | ACTITUDES | Coefficiente de correlación | ,534** | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | ,006 | . |
| | | N | 25 | 25 |

**, La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Existe correlación positiva moderada con un valor de 0,534 entre el nivel de conocimiento de las madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro y las actitudes que toman.

El 84% de las madres posee un conocimiento medio sobre el cuidado del recién nacido prematuro, el 56% con una actitud positiva y el 28% actitud media, 16% tiene conocimiento alto y su actitud es positiva.

Teniendo en cuenta estos resultados se puede observar que las madres deben tener conocimientos basicos optimos del cuidado al prematuro.

Las madres toman decisiones basadas en su conocimiento, Siembargo es importante que la enfermera brinde consejeria durante la estancia hospitalaria sobre los cuidados que deben tener con el recien nacido

premature en casa, apoyandonos en la teoria de katherin Barnard donde definio que, la enfermera debe ayudar a la paciente madre a mantener y a promover su independencia en su modelo de interaccion padre- hijo constituido por tres elementos niño, madre y entorno, donde el rol del enfermero es ayudar a la familia a ofrecer condiciones que promuevan el crecimiento y desarrollo de los miembros familiares y asegurar el cuidado integral del recién nacido³⁹. Resultados que contrasta con lo que encontro Delgado Galvez L. quien concluyo que a un nivel de conocimientos regular hay una actitud positiva, factores importantes para el cuidado del recién nacido prematuro⁹.

En el estudio Hualpa S; concluyó que el nivel de conocimientos y actitudes frente al cuidado básico al recién nacido por madres adolescentes, se evidenció la existencia de relación entre estas dos variables, resultados similares a los obtenidos en nuestra investigación¹⁰.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Existe correlación positiva moderada con un valor de $r: 0,521$ entre nivel de conocimiento y actitudes de las madres en el cuidado del prematuro en lactancia materna, con el 56% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio y actitud positiva (72%).
- Se concluye que existe correlación positiva baja entre el nivel de conocimiento y las actitudes de las madres sobre el cuidado del prematuro en la dimensión termorregulación, con el (60%) en conocimiento medio y actitud positiva (72%) de las madres en el cuidado del prematuro.
- Dado el valor de $r: 0,276$ se concluye que existe correlación positiva baja entre las variables, nivel de conocimiento en la dimensión higiene de las madres del recién nacido prematuro al alta de la unidad de neonatología.
- Dado el valor de $r: 0,421$ la correlación es positiva moderada entre el nivel de conocimientos en descanso y sueño con las actitudes en el cuidado de los prematuros.
- Se concluye que la correlación es positiva muy baja con el valor (0,194) entre el conocimiento en signos de alarma y la actitud de las madres frente al cuidado de los prematuros, el 64% de las madres tiene un nivel de conocimiento alto en signos de alarma a la vez que su actitud es positiva frente al cuidado del niño, por otro lado un 20% posee un nivel de

conocimiento alto mientras que su actitud es media para el cuidado del prematuro.

- Se concluye que la correlación positiva muy baja (0,194) entre el nivel de conocimiento en la dimensión signos de alarma y las actitudes de las madres frente al cuidado de los prematuros.
- Dado el valor de r : 0,534 se concluye que existe correlación positiva moderada entre el nivel de conocimiento y actitudes de las madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro, el 84% de ellas poseen conocimiento medio y su actitud entre positiva (56%) y media (28%).

5.2. Recomendaciones.

A las madres del Servicio de Neonatología

- Sensibilizar y capacitar a las madres de recién nacidos prematuros sobre sus cuidados, lactancia materna exclusiva, termorregulación, higiene, descanso sueño y signos de alarma, con actividades educativas continuas: talleres de orientación, sesiones demostrativa, charlas, trípticos.

A las enfermeras del Servicio de Neonatología.

- Elaborar una guía de atención para el recién nacido prematuro en lactancia materna exclusiva, higiene, termorregulación, descanso _ sueño y signos de alarma para educar y sensibilizar a las madres, no confundirlas y reciban la misma educación y consejería.
- Se recomienda la implementación de nuevos programa educativos que integren las actividades de aprendizaje no solo en la adquisición de conocimientos sino también en la modificación de actitudes, integrando a todo el equipo multidisciplinario que brinda servicios de salud a la familia del niño prematuro
- Seguir realizando estudios sobre este tema para elaborar proyectos de mejoras en el seguimiento de los recién nacido prematuros. Así mismo determinar la influencia educativa del personal de Enfermería en las madres y aplicar las Teorías de Enfermería relacionadas.

A las jefatutas de neonatología y obstetricia.

- Trabajar en conjunto sobre educación de los factores de riesgo de las embarazadas y de esta manera prevenir el riesgo de amenaza de parto pre término, lo que permitirá reducir las tasas de morbilidad neonatal.

Al Hospital de Apoyo 2-II Sullana

- Incluir profesionales de Enfermería especialista en el área, exclusiva (o) para realizar sesiones demostrativas de Cuidados básicos del RN, apoyo y orientación a las madres que necesitan reforzar sus conocimientos antes de llevar a sus hijos de alta, para el seguimiento y coordinaciones con el primer nivel al alta del prematuro
- Sensibilizar y capacitar al personal del servicio de neonatología, de la importancia del servicio, es aquí donde se inicia nuestros cuidados para que el recién nacido prematuro para que pueda enfrentar los diferentes riesgos que desde ya implica su prematuridad.
- Formar equipos de salud multidisciplinarios para la atención del prematuro y no solo para la atención del prematuro sino también para la familia, como el apoyo psicológico y social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Márquez F. “Nivel de conocimiento y las actitudes sobre el cuidado del neonato prematuro en las enfermeras del servicio de cuidados intermedios neonatales del Instituto Especializado Materno Perinatal acerca del método canguro 2012_2013”, [tesis] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana, 2014 [citado:22- 04- 2015] disponible en :
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/510/1/marquez_bf.pdf
2. Fondo de las Naciones Unidas para Infancia. Niveles y tendencias en la mortalidad infantil. NewYork: UNICEF, 2014. [Citado 14- 05- 2015.] disponible en : http://www.unicef.org/spanish/media/media_75892.html
3. Márquez M, “Conocimiento de las madres sobre cuidados del recién nacido prematuro hospitalizado en el Servicio de Neonatología, Hospital II - Sullana. dic – ene 2013” [tesis]. Piura: Universidad Nacional de Piura. Facultad de Medicina Humana, 2011.
4. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Infantil. Ginebra. OMS ,2014 [Citado 24 de mayo 2015.] disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
5. Dirección General de Epidemiología, Vigilancia Epidemiológica Perinatal Neonatal .Lima: Dirección General de Epidemiología, 2012, [citado julio 2015.]
Disponible: [ttp://www.dge.gob.pe/portal/docs/Mortalidad_neonatal11_12.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/Mortalidad_neonatal11_12.pdf)

6. Hospital Sullana, Base estadística. Sullana: Oficina de estadística 2015.
[Citado julio 2015] Disponible en:
http://www.hospitalsullana.gob.pe/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=112
7. Flores H, “Conocimientos y practicas sobre el cuidado del recién nacido que tienen las madres puérperas primíparas de parto eutócico en el servicio de maternidad del hospital de Sullana 2007” [tesis] .Piura – Perú; Universidad nacional de Piura. Facultad de Medicina Humana, 2012.
8. Delgado L, Conocimientos de madres primerizas sobre cuidados básicos y signos de alarma del recién nacido. Alojamiento conjunto. Hospital José Cayetano Heredia 2015. [Tesis].Piura: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Facultad de Enfermería, 2015.
9. Hualpa, Huánuco 2016; Conocimiento Y Conductas De Cuidados Básicos al Recién Nacido por Madres Adolescentes, Usuarias del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, 2016.[Tesis]. Universidad de Huánuco, Facultad de Ciencias de la Salud.
10. Suarez A; “Educación por parte del personal de Enfermería en el cuidado del Recién nacido en relación con el grado de conocimientos adquiridos por madres primíparas al momento del alta en el servicio de maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga en el período noviembre 2013 – abril 2014”. Ambato, Ecuador 2014.

11. Vásquez R, Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis 2012. [Tesis].Lima: Universidad Nacional Mayo de San Marcos 2012.
12. Bunge M. Fundamento teórico sobre el conocimiento. Ed, Laetoli: Buenos Aires Agosto 2014. [Citado 11 de mayo 2015] Disponible en: <http://espejueloscientificos.weebly.com/la-ciencia-seguacuten-mario-bunge.html>
13. Bunge M. La ciencia, su método y filosofía. Buenos Aires. Editorial Siglo XX. 2012. PP: 35.
14. Márquez B, Nivel de conocimientos y actitudes de las enfermeras del I.M.P. acerca del método canguro Lima 2013– 2014 pp. 2-45.
15. Vidal N, Factores sociales, maternos e institucionales que influyen en las actitudes de las madres de la unidad de cuidados intensivos del hospital III José Cayetano Heredia-Piura de la Facultad de Medicina Humana biblioteca especializada”, [tesis], Piura-Perú, 2007.
16. Moreno A, Revista Edufisica.2011.Grupo de Investigación Edufisica. [Citado el 11 de mayo 2015.] Disponible en: URL <http://www.edu-fisica.com/Formato.pdf>.
17. Villadcgut E, Actitudes maternas y nivel socio económico [tesis], Colombia:2012
18. Actitudes. Generalidades de las actitudes.2012, vol. (I): 1-20. Citado 11 de mayo 2015 Disponible en: <http://www.psicologia.online.com>

19. Diccionario y Traductor Lexicon 2015 [citado: 22 de mayo 2015] disponible en: Disponible en <http://lexicoon.org/es/madre>.
20. Organización Mundial de la Salud. Recién nacido Prematuro. 2013, 1. [Citado 15 de mayo del 2015.] Disponible en: http://www.who.int/features/qa/preterm_babies/es
21. Largui M, Gonzalez M, Solano C, Guía para padres de prematuros. [Citado 10 de mayo del 2015.] Disponible en: http://www.sarda.org.ar/Profesionales/Publicaciones/MCF_Conceptualizacion_e_implementacion_del_modelo
22. Organización Mundial de la Salud. Lactancia Materna: Bienestar del Recién Nacido. Ginesco 2014. [Citado el 03 de junio del 2015]. Disponible en http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/.
23. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia Materna. Una fuente de vida. Lima, Perú 2006. [Citado el 14 de junio del 2015]. Disponible en www.unicef.org/peru.
24. Díaz N, Domenech, E; Avances en Lactancia Materna. Canarias Pediátrica, vol.24 - Nº 1, Enero-Abril, 2000
25. Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido. MINSA. Dirección General de Salud de las personas. Estrategia General de Salud Sexual y Reproductiva. Lima. 2013.
26. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: Guía para profesionales Monografías de la A.E.P. Nº 5. Ergon. Majadahonda. Madrid 2014.

27. Polack F. Traduciendo ciencia en la salud infantil. Infant. [Internet] 2003.
[Citado 25 de mayo del 2015.] Disponible en URL:
<http://www.infant.org.ar/en-los-medios/la-lactancia-materna-no-protege-igual-a-ninos-y-ninas/>
28. Cuidados del bebe prematuro después del alta. Programa aprender salud – Hospital Italiano de Buenos Aires [citado 25 de mayo del 2015.]Disponible en: http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/cursos_attachs/461pdf.
29. Campus Virtual de Funden formación. Aula Virtual. Enfermería en la Adaptación Neonatal a la Vida Extrauterina. [citado el 19 de marzo 2015].
Disponible en: <http://prescripcion.fuden.es/>
30. Sociedad Española de Neonatología. Guía de Salud Materno-Neonatal de la SEN. Vol. 47 N° 4, España.2014.
31. Gerencia Regional de Salud Arequipa. Red de Salud Islay. Signos de Alarma de Alarma en el Recién Nacido.[Internet]. Arequipa [Citado el 17 de Abril 2016.] Disponible en: <http://www.saludarequipa.gob.pe/>
32. Atención integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia Integral AIEPI. Intervenciones basadas en evidencia. Organización Panamericana de la Salud. 2da Edic. Washington, D.C. 2010.
33. Cloherti J, Eichewald, E. Hansen, A. Stark, A. Manual de Neonatología. 7tima Edición. Editorial Lippincott Williams y Wilkins. EE.UU. 2012.
34. Ministerio de salud. Chile. Manual de Procedimientos para la Atención de Recién Nacido en el período inmediato y puerperio en Servicios de Obstetricia y Ginecología. 2013. División Prevención y Control de

- Enfermedades. Dpto. Ciclo Vital. Programa Nacional Salud de la Mujer. 2014.
35. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías de Enfermería. 4ta ed. España. Editorial Harcourt Brace. 1999 .
 36. Documentos de investigación. Kathryn Barnard Modelo Interaccion Padre Hijo. Ensayos y Documentos [Citado el 20 de Mayo 2016]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/136590514/Modelo-de-La-Interaccion-Padre-Hijo-Katrin>.
 37. Modelos y teorías de Enfermería. Interacción para la evaluación de la salud Infantil. Kateryn Barnald. [Citado el 20 de Mayo 2015]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/Eurilys/teoria-de-kathryn-barnard-2>
 38. Llunco Sh; Romero M. Interacción Padre – Recién Nacido: Experiencias del Contacto Piel a Piel desde el Enfoque de Kathryn Barnard, Chiclayo, 2015.[Tesis]. Universidad Señor de Sipan, Facultad de Ciencias de la Salud. Pimentel.
 39. Hernández R, Fernández C, Baptista P, “Metodología de la investigación” 5ta Ed. México editorial McGRA W-HILL, 2012 pág. 28
 40. Alvarado E. Metodología de la investigación Científica. Trujillo. Editorial Biociencia. 1era edic. 2013.
 41. Polit D, Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México. Mc. Graw Hill Interamericana. 6ta Edic. 2012.

42. OPS. Guía práctica de investigación en salud. Publicación Científica y Técnica No. 620. Washington, D.C. E.U.A. © World Health Organization 2014.
43. Academia Americana de Pediatría. AAP Org. Mayo 2016, Bebe Prematuro, Hon @code, [Citado el 20 de Setiembre 2016.] Disponible en:
<https://www.healthychildren.org/Spanish/agesstages/baby/preemie/Paginas/default.aspx>

ANEXOS

Anexo N° 01

“AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU”

SOLICITO: PERMISO PARA APLICACIÓN DE ENCUESTAS

Dr. Dante Salazar La Torre
Director del Hospital De Apoyo II-2 Sullana

Atencion: Julio Cesar Elias Gomez
Jefe Departamento De Pediatría

Nos es grato dirigirnos a usted para saludarle cordialmente y a la vez solicitar su autorización para poder aplicar una encuesta con la finalidad de optar el título de Especialista en Cuidados Intensivos Neonatales de la Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo, titulado : Nivel de Conocimiento y Actitudes de las Madres Sobre el Cuidado del Recién Nacido Prematuro al Alta - Unidad de Neonatología. Hospital de Apoyo 2-II Sullana. 2015.” Que se aplicara a las madres que acuden al control en consultorio externo de neonatología.

Por lo expuesto, pido a usted acceder a mi pedido por ser de justicia.

Atentamente:

Lic. Enf. Maria Flores Alberca
C.E.P 58682

Lic. Enf Sheylla Fiestas Ordoñez
C.E.P. 56426

Lic. Enf. Detsy Gonzales Garrido
C.E.P 50256

Anexo N° 02



**UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA EN CUIDADOS
INTENSIVOS NEONTALES**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificado con DNI.....

Habiendo sido informado, coherentemente de forma clara, precisa y suficiente de los objetivos que persigue la siguiente investigación, Nivel de Conocimiento y Actitudes de las Madres Sobre el Cuidado del Recién Nacido Prematuro de la Unidad de Neonatología del Hospital de Apoyo 2-II Sullana. 2015.” Confío en que:

- Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos desde los principios éticos en investigación.
- Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejecutar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.

Tomando ello en consideración OTORGO MI CONSENTIMIENTO a que se realice la entrevista.

Fecha...../...../...20.....

.....
Firma del Informante

.....
Firma de la Investigador



UNIVERSIDAD PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA



ESCUELA DE Postgrado:
ESPECIALIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

“ NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LAS MADRES SOBRE EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO PREMATURO DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL DE APOYO 2-II SULLANA. 2015.”

Instrucciones: Piense y responda sinceramente las preguntas que a continuación se formulan.

I.- DATOS GENERALES:

Edad: -----

Estado civil: -----

Grado de instrucción: -----

II.- CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO PREMATURO:

Lactancia Materna Exclusiva

1.- Para usted ¿Qué es lactancia materna exclusiva?

- a) Dar únicamente pecho al bebe prematuro
- b) Dar pecho y agregarle otras leches
- c) Dar pecho y otros bebidas
- d) Dar leche en formula y vitaminas

2.- Cada que tiempo tiene que darle de lactar al prematuro:

- a) Cada dos horas de 15 a 20 minutos en cada seno
- b) Cada cuatro horas de 10 minutos en cada seno
- c) Cada hora
- d) A libre demanda

3.-¿Hasta cuándo debe de tomar solo lactancia materna el prematuro?

- a) 6 meses
- b) 1 año
- c) 1 año y medio
- d) Hasta cuando el desee

4.- Importancia de la lactancia materna en el prematuro:

- a) Es el mejor alimento
- b) Lo hace inteligente
- c) Establece vínculo afectivo entre madre e hijo
- d) Todas las anteriores

5- ¿Cuál es la mejor posición para darle de lactar?

- a) Sentada con la espalda encorvada
- b) Acostada con el prematuro
- c) Sentada con la espalda recta
- d) Cómoda con la espalda , los pies y el pecho apoyados según se necesite y el bebe con la cabeza y el cuerpo alineados.

Termorregulación del prematuro

1.- ¿Cuándo el prematuro está caliente, que haría?

- a) Desabrigarlo y dejarlo con ropa ligera
- b) Abrigarlo más
- c) Bañarlo con agua tibia
- d) Solo a y c

2.-¿conoce los valores normales de la temperatura del bebe?

- a) 36 °c
- b) 37.5 °c
- c) 38 °c
- d) 39°c

3.- ¿Cómo mides la temperatura?

- a) Tocándolo
- b) Termómetro
- c) Sonda
- d) Observándolo

4.- ¿Para qué se utiliza el termómetro?

- a) Para medir la temperatura
- b) Las respiraciones
- c) El color de la piel
- d) Medir la orina

5.- Si sientes frío a tu bebé ¿qué haces?

- a) Lo cubro con su colcha
- b) Lo pongo en pecho
- c) Usar medias y gorro
- d) Todas las anteriores

Higiene

1.- ¿Cuántas veces se debe bañar al prematuro?

- a) 1 vez a la semana
- b) 2-3 veces a la semana
- c) Todos los días
- d) Cada vez que lo necesita

2.- ¿De qué material debe ser la ropa del bebé?

- a) De algodón
- b) Lana
- c) Polar
- d) Sintético

3.- Debes lavarte las manos:

- a) Al coger al prematuro
- b) Al cambiar el pañal
- c) Darle de lactar
- d) Todas Anteriores

4.- ¿El cambio de pañal en el prematuro debe ser?

- a) Cada hora
- b) De 2 a 3 horas
- c) 3 veces al día
- d) Cada vez que lo necesita

5.- ¿La curación del ombligo debe ser?

- a) Una vez al día
- b) Dos veces al día
- c) Tres veces al día
- d) Ninguna de las anteriores

Descanso y sueño:

1.- ¿Cuántas horas debe dormir el prematuro?

- a) 4 -7 horas
- b) 8 horas
- c) 10-12 horas
- d) Más de 14 horas

2.- ¿La posición más adecuada para que duerma el prematuro?

- a) Echado boca arriba
- b) Echado boca abajo
- c) De costado
- d) Ninguna de las anteriores

3.- Condición de la habitación donde descansa el bebe

- a) Habitación iluminada
- b) Habitación ventilada libre de ambientadores, perfumes y humo
- c) Música suave y restricción de visitas
- d) Todas Anteriores

4.- ¿Qué rutina establece para su descanso?

- a) Bañarlo
- b) Darle de lactar
- c) Acostarlo a la misma hora
- d) Todas las anteriores

5.- ¿Qué interrumpe su periodo de sueño?

- a) Pañal mojado
- b) Ruidos
- c) Enfermedad
- d) Todas las anteriores

Signos de alarma

Coloque verdadero (V) o falso (F) si es un signo de alarma

- 1. Respiración rápida ()
- 2. Se pone morado, pálido, amarillo ()
- 3. Presenta fiebre ()
- 4. Vómitos y diarrea ()
- 5. Lloro y no mama ()

Anexo N° 04

| N° PREGUNTA | ALTERNATIVA | | | |
|-----------------------------|-------------|---|-------|---|
| | A | B | C | D |
| Lactancia materna exclusiva | | | | |
| 1 | X | | | |
| 2 | | | | X |
| 3 | | | | X |
| 4 | | | | X |
| 5 | | | | X |
| Termorregulación | A | B | C | D |
| 1 | | | | X |
| 2 | | X | | |
| 3 | | X | | |
| 4 | X | | | |
| 5 | | | | X |
| Higiene | A | B | C | D |
| 1 | | | X | |
| 2 | X | | | |
| 3 | | | | X |
| 4 | | | | X |
| 5 | | | X | |
| Descanso y sueño | A | B | C | D |
| 1 | | | | X |
| 2 | X | | | |
| 3 | | | | X |
| 4 | | | | X |
| 5 | | | | X |
| Signos de alarma | Verdadero | | Falso | |
| 1 | x | | | |
| 2 | x | | | |
| 3 | x | | | |
| 4 | x | | | |
| 5 | x | | | |

Anexo N°05

| ACTITUDES | Totalmente desacuerdo (1) | Desacuerdo (2) | No estoy segura (3) | De acuerdo (4) | Totalmente de acuerdo (5) |
|---|--|---------------------------|--|-------------------------------|--|
| Cognitivo | | | | | |
| 1. Siento que si doy solo leche materna a mi bebe crecerá sano y fuerte | | | | | |
| 2. Cuando está caliente mi bebe le controlo la temperatura | | | | | |
| 3. Tengo mucho trabajo para bañarlo todos los días | | | | | |
| 4. Me siento tranquila que mi hijo descanse más de 10 horas | | | | | |
| 5. Si mi niño presenta: respiración rápida, fiebre, y llora mucho acudo al centro de salud. | | | | | |
| Emocional | | | | | |
| 1.Me siento satisfecha darle de lactar a mi bebe | | | | | |
| 2.Me siento satisfecha de ser yo quien le brinde el abrigo a mi bebe | | | | | |
| 3.Me siento optimista porque el lavado de | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| manos evita que mi hijo se enferme | | | | | |
| 4.Siento alegría que mi bebe descanse tranquilo | | | | | |
| 5.Me siento estresada por tener un hijo tan enfermo | | | | | |
| Conductual | | | | | |
| 1.Considero importante que la técnica de lactar es a la altura del pecho | | | | | |
| 2.Mi estancia hospitalaria no es importante para la recuperación de mi hijo | | | | | |
| 3.Que fastidio mojarme las manos a cada momento | | | | | |
| 4.Que cólera mientras el descansa, yo aquí de sueño | | | | | |
| 5.Siento alegría participar en el cuidado de mi hijo | | | | | |

ESCALA DE LIKER

| Variables | Dimensión | Indicadores | Unidad de medida |
|--|------------------------------|---|--|
| <p>Características:</p> <p>Cada una de las cualidades que posee una persona y que sirve para identificarla respecto a otras.</p> | Características demográficas | edad | <p>18 a 22 años</p> <p>23 a 29 años</p> <p>30 a 40 años</p> |
| | Características Sociales | <p>Estado civil</p> <p>Grado de instrucción</p> | <p>Soltera</p> <p>Casada</p> <p>Conviviente</p> <p>Primaria secundaria superior</p> |
| <p>Nivel de conocimientos de las madres sobre el cuidado del recién nacido prematuro: Es un conjunto de información que se almacena durante la experiencia o el aprendizaje. Suma de hechos y principios que se adquiere a lo largo de la vida de manera formal o informal</p> | Lactancia materna exclusiva | <p>- Tiempo</p> <p>- Frecuencia</p> <p>- Beneficio</p> <p>- Técnica</p> | <p>Evaluando el conocimiento por dimensiones, cada dimensión consta de 5 preguntas y se le asignó 1 punto por pregunta</p> |
| | Termorregulación | <p>- Manejo de la temperatura</p> <p>- Zonas de toma de temperatura corporal</p> <p>- Promedio de temperatura</p> | <p>Nivel de conocimiento</p> <p>Alto:</p> <p>5 a 4 puntos</p> <p>Medio:</p> <p>3 a 2 puntos</p> |

| | | | |
|--|------------------|--|-----------------------|
| | | corporal - Material de control de temperatura. | Bajo: 1 a 0 puntos |
| | Higiene | - Baño -Lavado de Manos -Cuidados de la piel -Vestido | |
| | Descanso, sueño | -Periodos de sueño -Posición -Lugar de descanso -Rutina de descanso | |
| | Signos de alarma | - Respiración - Coloración de piel - Fiebre -Llanto -Vómitos - Deposición | |

| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>Actitud: Son predisposiciones a actuar en una determinada forma frente a una situación social que conlleva una respuesta.</p> | <p>Actitudes</p> <p>Cognitivo</p> <p>Emocional</p> <p>Conductual</p> | <p>Lactancia materna</p> <p>Comprensión del beneficio de la lactancia</p> <p>Satisfacción de la madre</p> <p>Técnica de lactancia</p> | <p>Actitud Positiva</p> <p>Entre 46 a 75</p> <p>Actitud Negativa</p> <p>Entre 15 a 45</p> |
| | <p>Cognitivo</p> <p>Emocional</p> <p>Conductual</p> | <p>Termorregulación</p> <p>Control de temperatura</p> <p>Satisfacción de la madre.</p> <p>Estancia hospitalaria</p> | |

| | | | |
|--|------------|----------------------------------|--|
| | | Higiene | |
| | | Prevención de enfermedades | |
| | | Interacción | |
| | Cognitivo | Lavado de manos | |
| | | Descanso | |
| | Emocional | Comprensión de periodos de sueño | |
| | | Expresión de sentimientos | |
| | Conductual | Sentimientos negativos | |
| | | Signos de alarma | |
| | | Comprensión de signos de alarma | |
| | Cognitivo | Situación de estrés | |
| | Emocional | Participación del cuidado | |

| | | | |
|--|------------|--|--|
| | Conductual | | |
| | Cognitivo | | |
| | Emocional | | |
| | Conductual | | |

ANEXO N° 06
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Tabla N°07:

Edades de las madres de recién nacidos prematuros, 2015

| | | | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | | |
| 18 – 22 | 11 | 44,0 | 44,0 | 44,0 |
| 23 – 29 | 5 | 20,0 | 20,0 | 64,0 |
| 30 – 40 | 9 | 36,0 | 36,0 | 100,0 |
| Total | 25 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de la Unidad de Neonatología del Hospital de Apoyo II de Sullana.

Tabla N°08:

Estado civil de las madres de recién nacidos prematuros, 2016.

| | | | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | | |
| Soltera | 4 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| Casada | 7 | 28,0 | 28,0 | 44,0 |
| Conviviente | 14 | 56,0 | 56,0 | 100,0 |
| Total | 25 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de la Unidad de Neonatología del Hospital de Apoyo II de Sullana.

Tabla N°09:

Grado de instrucción de la madres de recién nacidos prematuros, 2015.

| | | Frecuencia | | Porcentaje | Porcentaje |
|--------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | | | Porcentaje | válido | acumulado |
| Válido | Primaria | 5 | 20,0 | 20,0 | 20,0 |
| | Secundaria | 16 | 64,0 | 64,0 | 84,0 |
| | Superior | 4 | 16,0 | 16,0 | 100,0 |
| | Total | 25 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de la Unidad de Neonatología del Hospital de Apoyo II de Sullana.

Las características sociodemográficas de las madres del recién nacido prematuro al alta de la Unidad de Neonatología del Hospital de Apoyo II-2 tienen edades comprendidas entre los 18 y 22 años de edad (44%), estado civil conviviente(56%) y grado de instrucción secundaria(64%); estos se asemejan al estudio realizado por Vasquez Delgado, R; Lima 2012; señalo que las edades de las madres oscilaban entre 18 y 25 años, 23.3% , grado de instrucción: 53.3% estudios secundario y 53.3% son convivientes.